وفيات أطفال الأسر المهجرة إلى إقليم كوردستان العراق

دراسة ميدانية في مدينة أربيل

د. فراس عباس فاضل البياتي

جامعة الموصل العراق

الملخص:

من المعلوم أن العلاقة وثيقة بين عناصر النمو السكاني المتمثلة بالهجرة والوفيات والخصوبة من حيث الأثر والتأثر ، وان وفيات الأطفال من الموضوعات الأكثر علاقة بظاهرة الهجرة والانتقال المكاني وذلك لما للثاني اثر وأبعاد في وفيات الأطفال من حيث الكم ، ولعل أن ما حصل لسكان العراق في العقدين المنصرمين من هجرات ونزوح وتهجير أثرت على أوضاعها الصحية والاقتصادية والاجتماعية وخاصة موجة النزوح الأخيرة بعد 10/حزيران/2014، كانت الأكبر والأكثر أثرا في سكان العراق، وان نزوح الأسر من منازلها ومدنها أوقعت الأثر السلبي في جوانب حياتها وحياة أفرادها وخاصة الأطفال من الفئة العمرية (يوم_دون 15) سنة، فتأثرت أوضاعهم الصحية مما أدى إلى وفيات الكثير منهم ، ودراستنا هذه محاولة للكشف عن وفيات أطفال الأسر المهجرة في إقليم كوردستان العراق من اجل الوقوف على معدلاتها وأسبابها .

الكلمات المفتاحية : الأسرة، الوفيات، الهجرة ، النمو السكاني

Abstract :

It is known that a close relationship between population growth of immigration and fertility and mortality in terms of impact and vulnerability to the elements, and that the deaths of children from the most topics related to the phenomenon of immigration and the transition spatial That is because of the second impact and dimensions of the deaths of children in terms of quantity, and perhaps that is what happened to the people of Iraq in the past two decades of migrations and displacement and displacement affected the health, economic and social conditions, especially the recent wave of displacement after 10 / June / 2014, was the largest and most impact on the Iraqi population, and that the exodus of families from their homes and cities have caused negative impact on aspects of their lives and the lives of its members, and especially the children of the age group (Aom_don 15) years, Vtothert health conditions which led to the deaths of many of them, and this study is an attempt to detect and infant mortality displaced families in the Kurdistan region of Iraq in order to stand on the rates and causes.

المقدمة

تعد وفيات الأطفال من الموضوعات التي نالت اهتمام الباحثين منذ القدم، وذلك لأهمية الموضوع، وانثر في المجتمع، فضلا عن دور العوامل الاجتماعية السائدة في المجتمع فيها، ولعل من اهم هذه العوامل هي الهجرة وتغيير محل إقامة الطفل وأسرته والتي تؤثر سلبا في نمط حياته فيعرضه إلى نكسات نفسية وصحية قد تؤدي إلى تهديد حياته ومن ثم الموت.

لقد عاني سكان العراق هجرات مختلفة واهمها هجرات قسرية منذ عام 2003 نتيجة التقلبات السياسية والأمنية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي المت بالبلد، وأخرها سقوط المدن العراقية بيد تنظيم الدولة الإسلامية (داعش) في 10/حزيران/ 2014. فبدأت موجات الهجرة القسرية ترتفع مؤشراتها بين سكان المدن العراقية الساقطة أما لمدن عراقية أكثر أمنا أو لبلدان خارج العراق.

مما أثر سلبا على نمط الحياة لسكان العراق فتركهم بيوتهم ونمط حياتهم كان له الأثر السلبي على واقعهم الصحي نتيجة وخاصة الأطفال دون سن (خمس) سنوات، فتغير محل الإقامة قسريا وما صاحبه من معاناة وخوف وصدمات للأسرة وأطفالها انعكس سلبا على حياة أطفالها مما أدى إلى وفيات أطفال الكثير من الأسر المهجرة قسرا.

ضمت الدراسة إلى جانب المقدمة ثلاثة مباحث، جاء الأول (الإطار المنهجي للدراسة)، والمبحث الثاني ضم (الهجرة ووفيات الأطفال)، المبحث الثالث ضم (تحليل بيانات الدراسة الميدانية) ومن ثم النتائج والاستنتاجات، والتوصيات، والمصادر.

- **مشكلة الدراسة** : أن وفيات الأطفال يسأل عنه المجتمع لأنه يتأثر بالظروف والأوضاع السائدة فيه، ولعل الهجرة بكافة أنواعها والهجرة القسرية على نحو الخصوص التي لازمت الأسرة العراقية في العقدين السابقين وخصوصا بعد 2014/6/10، كانت لها الأثر السلبي في حياة الأطفال فترك المساكن والسكن في المخيمات التي تفتقد للشروط الصحية، والهياكل الأبنية ، وفرش الطرقات ...أثرت في حياة أطفال الأسر المهجرة، فضلا عن تدهور الأوضاع الغذائية والدوائية كانت سببا في تفاقم الأمراض ووفاة الكثير من الأطفال وخاصة ممن كانوا مصابين قبل التهجير بأمراض تحتاج لرعاية صحية وأدوية خاصة .هذا كله دفع الباحث في التقصي عن وفيات أطفال الأسر العراقية المهجرة إلى إقليم كوردستان العراق متمثلة بمدينة (أربيل)
- **أهداف البحث**: لكل بحث هدف أو مجموعة أهداف يسعى الباحث لتحقيقها وبلوغ النتائج العلمية، وأهداف بحثنا تمثلت فيما يأتي:

1. التعرف على نسب وفيات الأطفال الأسر المهجرة في مدينة أربيل.
2. الكشف عن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسر المهجرة التي لها أطفال متوفين.
3. ما هي العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤدية إلى وفيات الأطفال للأسر المهجرة في مدينة أربيل؟
4. توضيح العلاقة بين الهجرة ووفيات الأطفال في مدينة أربيل.

5.التعرف على أسباب وفيات أطفال الأسر المهجرة في مدينة أربيل.

- **أهمية البحث**: تكمن أهمية البحث في جانبين هما: –

1. **الأهمية العلمية**: تعد هذه الدراسة للإجابة على عدة تساؤلات تناولت موضوع الهجرة القسرية ووفيات الأطفال، كما تحدد أهمية البحث بكونه محاولة للكشف عن وفيات أطفال الأسر المهجرة وطبيعة أثر الهجرة في حدوث الوفيات للأسر المهجرة في العراق بوجه عام ومدينة أربيل على نحو الخصوص، كما إن أهمية هذا البحث تكمن في السعي إلى إضافة دراسة علمية جديدة لتكون مدخلاً لدراسة الهجرة القسرية ووفيات الأطفال ومن أطر متعددة.

2. **الأهمية التطبيقية**: يهدف هذا البحث إلى الكشف عن وفيات أطفال الاسر العراقية المهجرة في مدينة اربيل، ودراستها بشكل علمي والوصول إلى تعميمات يمكن من خلالها توضيح الظواهر المماثلة لها في مجتمعنا أو المجتمعات الأخرى.

- **مفاهيم البحث**:

1. **الوفـاة**: (الموت)mortality عرفتها منظمة الصحة العالمية (w.h.o) بأنها الانتهاء التام لجميع مظاهر الحياة، في أي وقت بعد حدوث الولادة الحية، أي توقف الوظائف الحيوية بعد الولادة دون القدرة على استمرار في الحياة وعلية فالوفاة هنا لا تشمل وفاة الأجنة Fetal Death (w.h.o.1950.p;17)0 وهذا التعريف هو الذي اعتمد في الدراسة.

2. **الطفل**: Child عرفته المادة الأولى من مشروع اتفاقية حقوق الطفل العالمية بأنه (كل إنسان لم يتجاوز سن الثامنة عشرة) (منظمة الصحة العالمية ، 1998، ص60)، أي لم يبلغ سن الرشد بموجب القانون المنطبق عليه (منظمة الامم المتحدة للطفولة، 1990،ص4). والطفولة كمفهوم أصبحت تعني في أدبيات العلوم الاجتماعية تلك الفئة العمرية التي تمتد من سن الولادة إلى الثانية عشرة تقريبا وفي داخل هذه الفئة العمرية هناك تقسيمات فرعية أخرى يمكن إجمالها في مراحل عمرية ثلاث هي بـ(الطفولة المبكرة) وتمتد من الولادة إلى دون الثالثة من العمر، و(الطفولة الوسطى) وتمتد من الثالثة إلى دون السادسة من العمر، و(الطفولة المتأخرة) وتمتد من السادسة إلى الثانية عشر (دولة الامارات العربية المتحدة، 1988، ص38)، إذن هناك اختلاف حول مفهوم الطفولة ومراحلها العمرية وعلى نهج ذلك حددنا في الدراسة (الطفل بأنه كل إنسان لم يبلغ سن الخامسة عشر من العمر)، ذلك أن مجتمعنا تحكمه عادات وتقاليد وأعراف تختلف عن يره من المجتمعات، إذ أن ظاهرة الزواج المبكر وخصوصا في المناطق الريفية تحدث فيها زيجات في هذا العمر تقريبا فضلا عن أن سن العمل يبدأ من (الخامسة عشر) بحسب القانون التجاري العراقي، وحسب تقديرنا فهو بداية النضج والإدراك وإمكانية الحصول على الدخل المستقل.

3. **الأسرة**: **family** الوحدة الاجتماعية الأولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني وتقوم على المقتضيات التي يقتضيه العقل الجمعي والقواعد التي تقررها المجتمعات المختلفة ويعدّ نظام الأسرة نواة المجتمع لذلك

كانت أساساً لكل نظام(بدوي، 1978، ص152).وعرّف الأسرة العالم الفرنسي (إميل دوركايم) فيعرف الأسرة على إنها ليست ذلك التجمع الطبيعي للأبوين وما ينجبانه من أولاد على ما يسود الاعتقاد بل إنها مؤسسة اجتماعية تكونت لأسباب اجتماعية ويرتبط أعضاؤها حقوقياً وقانونياً وخلقياً ببعضهم البعض(Durkhiem.1921.p;6). وقد عرف الأسرة العالمان (اوكبرن وينمكوف) في كتابهما الموسوم "علم الاجتماع" على إنها عبارة عن منظمة دائمية نسبياً إذ إنها تتكون من الزوج والزوجة والأطفال أو من دون وجود الأطفال الذين يعيشون في بيت واحد(Ogburn.1967.p;15)

وتعريفنا الاجرائي للأسرة ما يأتي: هي جماعة اجتماعية منتظمة تتكون من الزوج والزوجة والأبناء غير المتزوجين وقد تتضمن أفراد آخرين كالأبناء المتزوجين وزوجاتهم وأولادهم وبعض الأقارب كالجد والجدة والعم والخال... وتربط بينهم علاقات مستمرة ودائمية نسبياً محكومة بمعايير وقيم وعادات اجتماعية متعارف عليها.

4. **الهجرة**: Immigrationعرفت منظمة الأمم المتحدة الهجرة بأنها الحركة الجغرافية للأشخاص بين المناطق المتضمنة التغيير في السكن خلال سنة معينة (u.n.1998.p;7). وعرفها (لين سميث) "إن الهجرة هي جميع التحركات المكانية للسكان وما يترتب عليها من تغير مكان الإقامة أو السكن بقصد الاستقرار في البيئة الجديدة" (سميث،1977،ص499). والهجرة السكانية هي انتقال أو ترحال الناس من بلدهم أو موطنهم إلى بلد آخر أو منطقة أخرى، وتحدث الهجرة عادة بسبب كوارث طبيعية أو حروب أو تهجير من قوى غازية أو طلبا للعمل والتمتع بمستوى معاشي أفضل، وعرفت الهجرة السكانية بأنها التغير الدائم لمكان الإقامة من بيئة إلى بيئة أخرى بقصد الاستقرار في البيئة الجديدة (الحسن،1999،ص453).

وتعريفنا الإجرائي للهجرة: هي انتقال فردي أو جماعي للسكان من مكان الإقامة الأصلي إلى مكان أخر بهدف تحقيق غايات متعددة وعادة ما تكون لأغراض اجتماعية واقتصادية مختلفة سواءً برغبة الفرد أو إجبارا.

- **منهج البحث**

في محاولة بحث الظاهرة بشكل موضوعي وعلمي استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الذي يحاول إيجاد علاقات معبرة عنها كمياً، والمنهج التاريخي الذي يكشف عن الجذور التاريخية للظاهرة قيد الدراسة.

- **عينة البحث**

اختار الباحث عينة تألفت من (122) أسرة لها طفل متوفي أثناء التهجير، وبالطريقة العشوائية البسيطة.

- **فرضيات البحث**

من اهم مراحل البحث العلمي وضع الفرضيات وتصميمها، لتكون جاهزة للعرض والتحليل للتأكد من صحتها، وتكمن فرضيات دراستنا في:

الفرضية الرئيسة: (إن هجرة الأسرة وتغير مكان إقامتها كانت سببا في وفيات الأطفال).

- **الفرضيات الفرعية**

1. أثرت الهجرة على صحة الأطفال مما أدى إلى أصابتهم بالأمراض وثم الوفاة.
2. هناك علاقة بين الواقع السكني للأسرة ووفيات أطفالها.
3. هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي للأسرة المهاجرة ووفيات الأطفال

- **مجالات البحث**

1. المجال المكاني / تعد مدينة أربيل مجالا مكانيا للدراسة.
2. المجال الزماني / مدة البحث الميداني الذي بدا بتاريخ 2016/4/10 إلى 2016/12/10.
3. المجال البشري/ الأسر المهجرة التي لها طفل متوفي وتعيش في مدينة أربيل.

- **أدوات الدراسة**

أستخدم الباحث في عملية جمع البيانات والمعلومات الخاصة بموضوع الدراسة الوسائل والأدوات الأتية:

أ. **المقابلة**: إن المقابلة (*Interview*) بمعناها العلمي أي الاتصال الشخصي المنظم والتفاعل اللفظي المباشر الذي يقوم به فرد مع فرد آخر أو أفراد آخرين هدفه استثارة أنواع معينة من المعلومات والبيانات لاستثمارها في البحث العلمي أو للاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج والتخطيط والتقويم في مجتمع الدراسة. والمقابلة تعرف على أنها محادثة تجري بين القائم بالمقابلة وبين فرد أو مجموعة أفراد للحصول على بيانات مهمة لتوظيفها في البحث العلمي (الحسن، 1982، ص197)، اعتمد الباحث المقابلة الشخصية " وذلك عن طريق توجيه الأسئلة للأسر المبحوثة، ومن ثم تسجيل الإجابة في المكان المخصص لكل منها ".

ب. **الاستبيان**: يعرف الاستبيان بأنه " أداة للبحث تتكون من مجموعة أسئلة يتم صياغتها من قبل الباحثان للحصول على إجابات علمية لتحقيق أهداف يحددها الباحثان في دراسته " (محمد، 1983،ص339). **وظف الباحث أداة الاستبيان**، الذي ضم قسمين من المعلومات، القسم الأول: يحتوي على البيانات الأساسية عن العينة. أما القسم الثاني: يحتوي على وفيات الأطفال للاسر المهجرة يتضمن فقرات جوهرية عن الموضوع، من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة.

- **خطوات إعداد فقرات الاستبيان**

لإعداد استبيان نهائي يقيس موضوع البحث اتبع الباحثان الإجراءات الأتية:

1. **استبيان استطلاعي**

بعد الاطلاع على أدبيات علم الاجتماع وأدبيات علم اجتماع السكان تم صياغة وإعداد استبيان استطلاعي يضم توضيحاً عن الدراسة من حيث (عنوانها، وكيفية إجابة المبحوثين على فقرات الاستبيان)، وقد تمت صياغة فقرات الاستبيان بصيغتها الأولية متضمنة (24) فقرة تمثل وفيات أطفال الأسر المهجرة، معتمداً على الأسس العلمية واللغوية الدقيقة في صياغتها.

2. صدق الاستبيان Validity

الصدق يعني مدى قياس الأداء لما وضع لقياسه من موضوعات علمية ، ويعد الاستبيان صادقاً ظاهرياً إذا كان يبدو صالحاً في ظاهره وبصورة مبدئية من خلال النظر إلى عنوانه وتعليماته والوظيفة التي يعنيها وتمثيل الفقرات مبدئيا للأهداف المقاسة، مما يوحى بان الاستبيان من حيث ظاهره انه يناسب إلى حد ما الغرض المطلوب قياسه(ليونا، 1983،ص52) . لقد تحقق الباحث من صدق الاستبيان باستخدام أسلوب الصدق الظاهري حيث عرضا فقرات الاستبيان على مجموعة من الخبراء والمختصين بالعلوم الاجتماعية، لغرض بيان آرائهم العلمية في مدى صلاحية الاستبيان للدراسة، وهذا يدل على (الصدق الظاهري) للأداة.

3. ثبات الاستبيان: Reliability

يعرف الثبات بأنه " عملية اختبار في توزيع عدد محدد من الاستبيان على مجموعة من الأفراد الذين تتشابه صفاتهم وخواصهم مع صفات أفراد المجتمع المبحوث وخواصه " (ابراش، 2009،ص93)، إذ قام الباحثان بتجربة الاستمارة الاستبيانية على عينة مكونة من (12) أسرة في مدينة أربيل، ثم قام بإعادة الاختبار على المبحثين أنفسهم مرة ثانية بعد مرور (15) يوماً على الاختبار الأولي. وباستخدام المقياس الإحصائي (معامل الارتباط بيرسون) تبين بأن قيمة معامل الثبات بلغ (0,88) لذا تأكدنا بان الاستبيان على درجة جيدة من الثبات، مما يدل على التناسق والانسجام في أسئلة استبيانيه.

- الوسائل الإحصائية

لتحليل البيانات الإحصائية أستخدم الباحثان العديد من الوسائل الإحصائية هي:

1. النسبة المئوية
2. الوسط الحسابي.
3. الانحراف المعياري.
4. معامل ارتباط بيرسون (خواجة، 2001، ص 245) .

المبحث الثاني / وفيات الأطفال والهجرة قسراً.

الحديث عن وفيات الأطفال امر في غاية الأهمية من خلال الكشف عن المسببات والأبعاد وذلك لأهمية الموضوع، لاسيما وانه يمثل فقدان فرد من أفراد الأسرة له واقع في الأوضاع النفسية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة، وان تعرض الأسرة لهذه الصدمة يؤثر في حياتها بشكل كبير، وان البحث عن الأسباب المؤدية إلى وفيات الأطفال فهي كثيرة إلا أن الباحثين يؤكدون أن وفيات الأطفال يصنف ضمن الموت الاجتماعي أي (أن الأوضاع الاجتماعية السائدة في المجتمع تلعب دورها الفاعل في وفيات الأطفال) (عبد الكريم، 1982، ص371).

ومن اهم العوامل التي لا تخلو من أثار في وفيات الأطفال هو تغيير محل الإقامة فالعلاقة واضحة بين محل إقامة الأسرة وحدوث الوفاة وتشير الدراسات السكانية إلى أن هناك علاقة بين محل الإقامة ووفيات الأطفال (البياتي، 2009، ص65)، وان ما حدث من موجات الهجرة وخاصة الهجرة القسرية لسكان المجتمع العراقي في العقد المنصرم

والى يومنا هذا كان لو الوقع في المؤشرات الحيوية لسكان العراق (الولادات ، والوفيات) ، فالتهجير القسري للأسر العراقية وترك محل الإقامة التي خططت لها ووفرت فيها كافة شروط السكن المثالي المتمثلة بالشروط (الصحية) التي تحمي أفرادها من البرد والحر ، والأمراض ، والانتقال إلى المخيمات أو المباني غير المؤهلة للسكن كان له الأثر في الواقع الصحي لسكان العراق وخاصة الأطفال ، ناهيك عن أسلوب التهجير الذي صاحبه الخوف والقلق والانهيار العصبي له الأثر في حياة الأسرة وخاصة الأطفال ، وتشير الدراسات والإحصاءات حول النازحين العراقيين إلى أن غالبية النازحين أصيبوا بالأمراض النفسية نتيجة فقدان الأمن والخوف من المصير المجهول في مخيمات النزوح (ياسين،2011، ص7-22).

ويرى الباحث أن الكثير من الأسر التي هاجرت أو نزحت عانت الأمرين بسبب الإهمال ونقص الجهود المبذولة لرعايتهم من قبل الجهات المختصة، لاسيما الأسر التي لها أطفال مرضى أو في سن الرضاعة فهي تحتاج إلى أجواء مناسبة لتنشئتهم وتحتاج إلى الظروف المناسبة لسد حاجاتهم من (الحليب، والدواء، والحفاظات)، بل وان بعض الأسر توفي أطفالها أثناء التهجير والبعض الأخر لم يستطيعوا إنقاذهم فبقوا في محل إقامتهم الأصلية وتوفي هناك.

فتشير الدراسات إلى أهمية العوامل الاجتماعية في تغيير محل الإقامة والنزوح، فالاستقرار الاجتماعي، وتحقيق الأمن الاجتماعي يعدان من اهم العوامل المؤثرة في استقرار السكان، وان أي خلل في هذه المنظومة ستؤدي إلى انعدام مقومات الأمن الاجتماعي في المجتمع وبالتالي تتهدد المصالح لاجتماعية لسكان المجتمع مثل (العادات، والتقاليد، والأعراف، والممارسات الدينية والعرقية، والحرية ، والتفاعل الاجتماعي ... وغيرها) فيضطر الفرد إلى اللجوء إلى النزوح وتغيير محل الإقامة إلى أماكن يجد فيها الحرية الاجتماعية التي تتمثل بممارسات المذهبية والعرقية وغيرها (غدنز،2012، ص349) ، أن المعاناة التي رافقت الأسر المهجرة لم تشهده تاريخ البشرية المعاصر فموجات الهجرة التي عصفت بالأسر العراقية أثرت سلبا في نمط حياتها وأسلوب العيش مما اثر سلبا في أمد الحياة فيها ، والإصابة بالأمراض ، ومن ثم حدوث الوفيات .

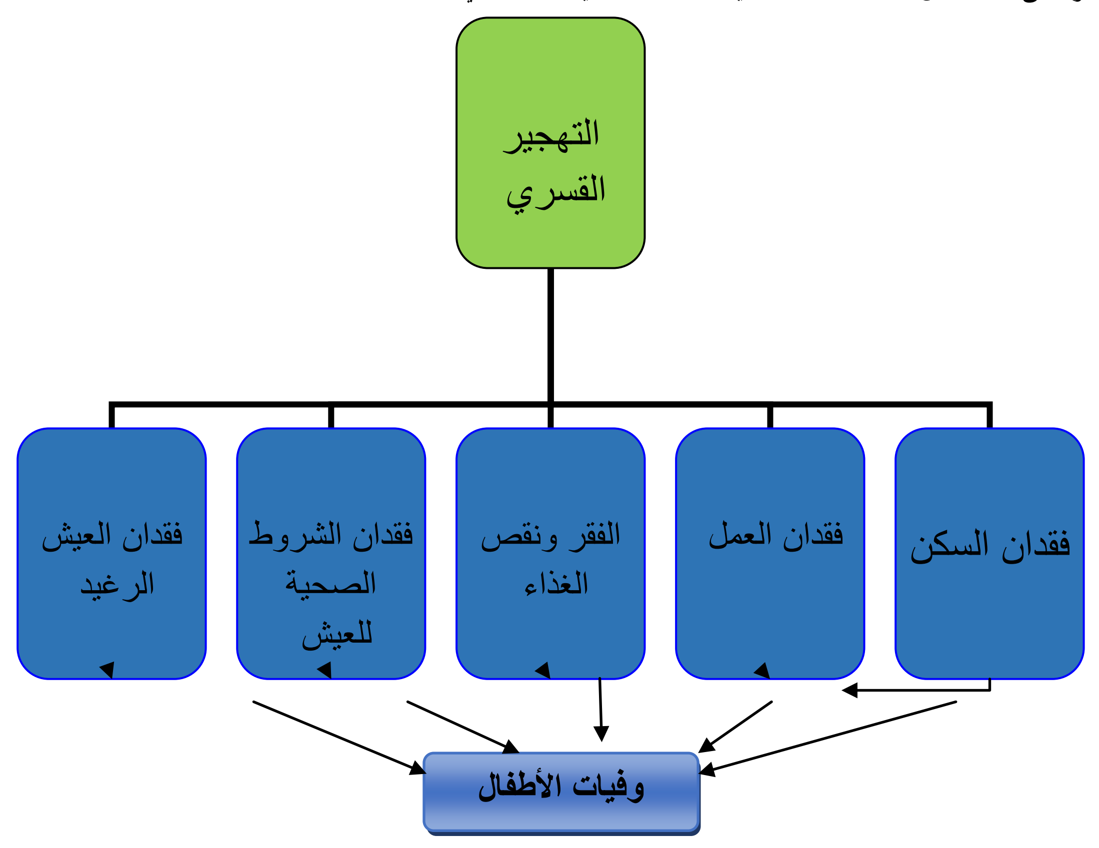
لذا تؤكد أدبيات علم الاجتماع (تانيجا، 2009، ص83) وأدبيات علم السكان على أهمية محل الإقامة من جهة وتأكيدها على الدور المؤثر للهجرة القسرية الناتجة عن سوء الأحوال الأمنية وانتشار القتل الطائفي وغيره في حياة السكان المهجرين وخاصة إذا ما كانت الهجرة مجهولة الجهة والمصير، ويرى الباحث أن الأسر المهجرة قسرا من مدنها عانت الأمرين ويمكن الإشارة إلى بعضها فيما يأتي:

1. فقدانها لكل شيء المسكن والأغراض المنزلية، والبعض منها فقدانها لأبنائها أو بناتها فكانت الصدمة مؤثرة جدا.
2. الانهيار النفسي للأسرة وأفرادها، وانتشار الأمراض والأزمات بين أفرادها.
3. السكن غير الملائم، فغالبية النازحين بقوا ومازالوا البعض منهم يتخذون من المباني والهياكل مكانا للعيش.
4. أن المهجرين الذين يسكنون المخيمات يعانون من نقص حاد في جوانب الحياة الأساسية (الغذاء، الدواء، الملبس، والفراش...).

5. انتشار البطالة وانهيار الوضع الاقتصادي للكثير من الأسر المهجرة اثر ذلك على سد حاجاتها من الدواء والغذاء.

لعل هذه الأسباب وفقدان الرعاية الحكومية المناسبة لهم لانشغال الحكومة بالحرب ، وانتشار الفساد كان له الأثر السلبي على صحة أطفال الأسر المهجرة قسرا ، مما عرضها إلى الإصابة بالأمراض وتهديد حياتهم ومن ثم الوفاة .

ويمكن أن نعبر عن أبعاد الهجرة القسرية في وفيات الأطفال في المخطط الاتي .



أولاً: البيانات الديموغرافية

1- حجم الأسرة

من اجل بلوغ النتائج الإحصائية الدقيقة قسمنا اسر العينة من حيث الحجم إلى اسر صغيرة الحجم يبلغ عدد أفرادها (3-4) إفراد، واسر متوسطة الحجم يبلغ عدد أفرادها (5-7) إفراد، واسر كبيرة الحجم (أكثر من ثمانية إفراد). يعد حجم الأسرة من الدلالات الهامة وذات الأثر الكبير في اختلاف حاجاتها من حيث الكمية والنوعية، وان تباين حجم الأسرة بشكل عام وفي عدد أطفالها يعد مؤشرا هاما على اختلاف حجم الاستهلاك.

الجدول رقم (1) يبين حجم الأسرة وعدد أطفالها الرضع

حجم لأسرة	العدد	%
صغيرة الحجم	46	37،7
متوسطة الحجم	60	49،2
كبيرة الحجم	16	13،1
المجموع	122	100

الوسط الحسابي = 4 الانحراف المعياري =3،1

يبين الجدول رقم (1) أن اغلب اسر عينة البحث هي متوسطة الحجم عدد أفرادها (5_7) أفراد وبلغ عددها (60) وبنسبة (49،2%) من عينة البحث، يعني ذلك إن زيادة حجم الأسرة يزيد على عاتقها سد طلباتها، وان حجم الأسرة يلعب دورا في الهجرة، فتشير الدراسات إلى إن كلما زادت حجم الأسرة زادت معاناتها في الهجرة ... وزاد احتمال الإصابة بالأمراض والمخاطر (البواري، 2011، ص111).

2- الدخل الشهري

الجدول رقم (2) يبين حجم الأسرة ودخلها الشهري

الدخل الشهري بالألف	العدد	%
499-200	**60**	**49،2**
799_500	**30**	**24،6**
999-800	**18**	**14،8**
1299-1100	**14**	**11،4**
المجموع	122	100

يبين الجدول رقم (2) إن هناك تباين في الدخل بين اسر عينة الدراسة، وان اغلب اسر العينة وبلغ عددها (60) أسرة يتراوح دخلها الشهري (200-499) الف دينا عراقي ، وشكلت نسبة (49،2%)، وهذا يعني أن وضعها المعيشي متدهور ومنخفض جدا قياسا لمتطلبات الحياة ، وعدد أفرادها ، ويشير احد تقارير وزارة العمل والشؤون الاجتماعية عام 2006 إلى أن أكثر من مليوني عائلة عراقية تعيش تحت خط الفقر وان الفقر ازداد بنسبة ثلاثين بالمائة منذ الاحتلال الأمريكي للعراق عام 2003، وينعكس ذلك على حالتها الصحية والتغذوية ويؤثر سلبا على حياة أفرادها ، وقد أشارت نتائج مسح الأحوال المعيشية في العراق أن مقدار الإصابة بأمراض سوء التغذية تتباين باختلاف الوضع الاقتصادي للأسرة العراقية إذ ترتفع في الأسر التي تعاني انخفاضا في الدخل الشهري(وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، 2005، ص61) .وهذا بدوره اثر سلبا في سد حاجات أفراد الأسرة

من دواء وغذاء مما انعكس سلبا على صحة الأطفال لانهم اكثر تأثرا بالأوضاع المحيطة بهم ، هذه النتيجة تحقق الفرضية(هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي للأسرة المهجرة ووفيات الأطفال).

3- مهنة رب الأسرة

إن للمهنة التي يزاولها الإنسان إثر على طبيعة حياته وأسلوب عيشه ومن ثم حياة أسرته، وتعد المهنة التي يزاولها الإنسان واحدة من العوامل المؤثرة في طبيعة حياته وحياة أسرته فالمهنة تحدد الدخل وبالتالي المستوى المعيشي أدناه:

الجدول رقم (3) يبين مهن الوالدين في عينة الدراسة

المهنة	العدد	%	نوع المهنة %	
			وظيفية	حرة
يعمل	17	13,9	59,4	40,6
لا يعمل	105	86،1	---	---
المجموع	122	100	---	---

يتضح من الجدول رقم (3) أن اغلب الأسر التي حدثت فيها حالات وفيات الأطفال من عينة الدراسة، كان الآباء لا يزاولون أي عمل، بلغت نسبة (86،1%) وهذا يعني أن الأب يقضي معظم أوقاته داخل البيت بسبب البطالة. وان وفاة الطفل داخل هذه الأسر يعود إلى جمله أسباب أهمها القصور المادي للأسرة وانخفاض وعي الأسرة وخاصة الأم في الجوانب الصحية والتغذية.

4- نوع السكن بعد الهجرة

يعد السكن من اهم الحاجات الأساسية بعد الغذاء للإنسان، وان المسكن هو أحد اهم مقومات الأمن الاجتماعي للسكان إذ يعبر عنه أحد أشكال الضمان الاجتماعي، واستثمارا للمستقبل. ويسعى السكان منذ القدم في الحصول على المسكن الملائم، وان التغيرات التي حدثت في المجتمع البشري انعكس على الواقع السكني من حيث التصميم والتأثيث (الديكور) وهذا أيضا فتح بابا جديدا للاستهلاك.

الجدول رقم (4) يبين نوع وعائديه المسكن

نوع المسكن	العدد	%
مخيم	66	54,1
منزل إيجار	42	34،4
هيكل حكومي وغيره	14	11،5
مجموع	122	100

يبين الجدول رقم (4) إن أعلى نسبة وهي (54،1%) من عينة البحث اتخذت من المخيمات سكنا لها، وهي النسبة الأكبر، والملاحظ إن سكان المخيمات يعانون من أعباء وصعوبات صحية متنوعة منها:

1. انتشار الأوبئة والأمراض نتيجة عدم توفر الشروط الصحية في هذه المخيمات.
2. الإهمال الصحي من قبل الجهات المختصة، وعدم توفر المستلزمات الصحية المتمثلة بالمراكز الصحية، ونقص الدواء، والأجهزة، والكوادر.
3. فقدان شروط السلامة الصحية نتيجة الاكتظاظ السكاني في هذه المخيمات.

وهنا تحققت الفرضية الموسومة (هناك علاقة بين الواقع السكني للأسرة المهجرة ووفيات أطفالها).

5- الخلفية الاجتماعية

الجدول رقم (5) يبين الخلفية الاجتماعية للعينة

الخلفية الاجتماعية	العدد	%
ريفية	52	42،6
حضرية	70	57،4
المجموع	122	100

يبين الجدول رقم (5) أن اغلب اسر عينة البحث هم من خلفيات حضرية وبنسبة (57،4%) وان نسبة (42،6%) منها خلفياتها ريفية، وهذا امر طبيعي ينعكس على واقع الرعاية الصحية والوعي الصحي للأطفال، إذ تشير الدراسات أن هناك علاقة بين الخلفية الاجتماعية للأسرة ووفيات الأطفال، أن تؤكد أن معدلات وفيات الأطفال ترتفع في الأسر الريفية، وذلك لأسباب عديدة منها قلة الوعي الصحي والثقافي للأسرة.

وعلى الرغم من أن نسبة الأسر الحضرية اعلى من الريفية إلا أن الهجرة والتهجير أثرا على طبيعة الحياة الأسرية وبعض السلوك الصحي للأسرة.

6- المستوى التعليمي للأبوين

أشارت الدراسات الإنسانية لاسيما الاجتماعية والصحية والطبية منها إلى أن كل سنة إضافية تقضيها الأم في المدرسة تسهم في انخفاض معدل الوفيات بين أطفالها الرضع بنسبة (0.009) في الإلف ويعزى ثلث هذه النتيجة إلى انتماء الكثير من النساء المتعلمات إلى الطبقات الثرية والى العائلات التي تسكن المدن والمناطق الحضرية، أما نسبه (الثلثين) الباقية من هذا الانخفاض فيعود إلى التعليم كمتغير يسهم إسهاما كبيرا في ذلك (الحديثي، 2000، ص121).

الجدول رقم (6) الذي يبين التحصيل الدراسي للوالدين.

التحصيل الدراسي	الأب	%	الأم	%
أمي	54	44،3	62	**50،8**
يقرا ويكتب	32	26،2	22	**18**
ثانوية (متوسطة وإعدادية)	18	14،8	20	**16،4**
جامعية فأكثر	17	13،9	13	**10،7**
المجموع	**122**	**100**	**122**	**100**

يتضح من الجدول رقم (6) أن معظم الوالدين في اسر العينة كانوا (أميين) إذ بلغت نسبه الآباء (44،3 %) وهي الأعلى وان نسبه (13،9%) فقط حصلوا على التعليم الجامعي في حين بلغت نسبة الأمهات الأميات (50،8 %) مقابل أدنى النسب وهي (10،7%) ممن كان تعليمهن جامعي فأكثر. ويتضح أيضا بان غالبية الوالدين من عينة الدراسة والذين لديهم حالات وفيات الأطفال كان مستواهم التعليمي متدني وهذا يمكن تعليله بجملة أمور لعل أهمها (الزواج المبكر) ، إذ أن الكثير من الأسر وخاصة الريفية في مجتمعنا تفضل الزواج المبكر (لبناتها) على التعليم ، فضلا عن الفقر وتدني المستوى المعاشي للأسرة الذي يجعلها غير قادرة على توفير مستلزمات التعليم لأبنائها فالبنت فرد مستهلك في نظر الوالدين أكثر منها منتج، إلى جانب هذا كله فظروف المجتمع (الحروب، والحصار، والاحتلال) أدت إلى التقليل من شان الشهادة ودور التعليم سيما تعليم الإناث، وللتعليم دور مهم كعامل رئيسي في التنمية البشرية المستدامة إلى جانب أنه عنصر من عناصر الرفاه الاقتصادي ووسيلة لتمكين الفرد من اكتساب المعارف وخفض معدلات الإصابة بالإمراض ورفع معدلات الخصوبة والحياة

ثانيا: البيانات الاجتماعية عن الطفل المتوفي

7- عمر الطفل المتوفي وجنسه

يميل معدل حياة الأطفال إلى ارتفاع تبعا لعوامل عديدة منها ما يتعلق بالظروف المحيطة به، ومنها ما يتعلق بظروف والديه لاسيما الأم، فبزيادة وعيها التعليمي والصحي وخاصة معرفتها ببرامج تنظيم الأسرة تزداد فرص الحياة للطفل وعامل الوعي لدى إلام مهم جدا في ذلك.

الجدول رقم (7) يبين نسب وفيات الأطفال بحسب العمر والجنس

عمر الطفل بالسنة	عـــدد الأطفـــال المتوفين	%	الذكور	%	الإناث	%
دون السنة	51	41،8	16	31،4	35	**68،6**
دون الخامسة	33	27	10	30،3	23	**69،7**
دون العاشرة	24	19،7	7	29،2	17	**70،8**
11– دون 15سنة	14	11،5	10	71،2	4	**28،8**
المجموع	**122**	**100**	**43**	**%35،4**	**79**	**%64،6**

يتضح من بيانات الجدول رقم (7) إن وفيات الأطفال دون سن (السنة) سجلت ما نسبته (41،8%)، وهي الأعلى من بين وفيات الفئات العمرية الأخرى، وهذا طبيعي إذ أن الأطفال دون السنة (الرضع) يتميزون بضعف مقاومتهم للأمراض وضعف بنيتهم وسرعة تأثرهم بتقلبات البيئة الفيزيولوجية. وكانت لصالح الإناث إذ سجلت (68،6%)، في حين سجلت وفيات الأطفال في الفئة (11_دون سن15) سنة ما نسبته (11،5%) وهي الأقل وكانت لصالح الذكور إذ بلغت نسبتها (71،2%)، وإن نسب وفيات الإناث هي الأعلى في العينة بلغت (64،6%) وهي من النسب العالية قياسا بوفيات الذكور البالغة (35،4%) وهذا يدل على وجود فرق دال معنويا بين نسب وفيات الأطفال بحسب الجنس. ولعل ذلك يعود إلى أحد العوامل المهمة وهو إن طبيعة التقاليد والعادات في مجتمعنا تقضي بتوجيه العناية للذكور أكثر من الإناث لاعتبارات اجتماعية عديدة

ويعزى ذلك إلى سبب مهم أخر هو حجم الأسرة وماله من إثر في وفيات الأطفال سيما الرضع، فكبر حجم اسر بعض الأطفال في عينة الدراسة يؤثر سلبا في قدرة الأسر على إعالة وتنشئة أطفالها والحفاظ عليهم بصحة جيدة، وتوفير الاهتمام والعناية الطبية اللازمة لهم مما يعرضهم للوقوع فريسة للمرض والأوبئة المختلفة وأمراض سوء التغذية والإهمال، فضلا عن إن الأطفال هم أكثر تأثرا بمحل الإقامة الذي يعيشون فيه فعندما يكون محل الإقامة غير مؤهل صحيا يؤثر ذلك على صحة الأطفال مما يهدد حياته بشبح الموت.هنا تحققت الفرضية الموسومة (أثرت الهجرة على صحة الأطفال مما أدى إلى أصابتهم بالأمراض وثم الوفاة).

8- مكان حدوث الوفاة

الجدول رقم (8) يبين مكان حدوث الوفاة

الإجابات	العدد	%
في الطريق أثناء الهجرة	10	8،2
المخيم	56	45،9
البيت	42	34،4
المستشفى	14	11،5
المجموع	122	100

يتضح من الجدول رقم (8) إن أعلى نسب وفيات الأطفال قد حدثت في المخيم الذي يسكنه غالبية المهجرين ذوي الدخول المنخفضة الذين ليس بإمكانهم دفع الإيجار وبنسبه (45،9%) ويعود ذلك إلى عدم نقل الطفل في حالة مرضه إلى المستشفى ، إما بسبب جهل الوالدين بكيفية التعامل مع طفلهم وعدم نقله لتلقي الرعاية الصحية والجهل بالطرق اللازمة لحمايته والتعامل مع حالته إثناء تدهورها صحيا ، أو إلى تدني المستوى الاقتصادي للأسرة مما يجعل منها عاجزة عن توفير الأدوية لطفلها لحين نقله للمستشفى وعرضه على الأطباء المختصين بسبب التكاليف العالية فتقوم الأسرة بعلاجه بالطب الشعبي أو الرقية أي منزليا فضلا عن عدد من الأسباب منها :

1- عدم إبداء الاهتمام الكافي للأطفال بسبب كثرة الظروف التي يعيشون فيها في الهجرة أو بسبب انشغال الوالدين ولاسيما الأم.

2- تدهور الأوضاع الصحية والخدمات الصحية المقدمة للمهجرين بصورة عامة، والمهجرين الساكنين في المخيمات على نحو الخصوص.

3- الإيمان البسيط بالقضاء والقدر الذي يترك أحيانا الأمور حتى تتفاقم.

4- جهل الوالدين وسوء تعليمهم يؤدي إلى عدم انتباههم إلى العلامات الأولى للمرض.

5- تكاليف العلاج المرتفعة التي تجعل من الوالدين يؤخران التصرف أو تجعلهم يعتمدان على العلاجات المنزلة الرخيصة أو المصنعة محليا، أو الاعتماد على النساء كبيرات السن من العائلة والجيران.

9- سبب الوفاة

جدول رقم (9) يبين أسباب الوفاة

الأسباب	العدد	%
مرض	80	65،6
التعرض للدغة الحيوانات أو الحشرات	32	26،2
(اصابة_حادث سيارة)	10	8،2
المجموع	122	100

يتضح من الجدول رقم (9) إن أكثر من نصف وفيات الأطفال في عينة الدراسة كانت بأسباب مرضية أي إن الطفل أصيب بإحدى الأمراض ولم ينجو منها، وبلغت نسبة (65،6%) من العينة، ويمكن إن نعزو ذلك إلى الأسباب التي سبق وان أشرنا اليها في الأسطر والصفحات السابقة التي تتمثل في (عدم الإمكانية الاقتصادية للأسرة في علاج أطفالها، عدم توفر الرعاية الصحية في مناطق سكناها انتشار الأوبئة والأمراض في المخيمات السكنية، قلة الوعي الصحي والثقافي للأسرة .... ودواليك).

بينما بلغ نسبة الأطفال الذين توفوا بسبب التعرض إلى لدغة حيوانات أو حشرات (26،2%) وهي نسبة كبيرة أيضا، هذا ناتج عن أسباب كثيرة أهمها:

1. إن غالبية الأسر النازحة تسكن المخيمات وهي مجمعات سكنية غير مؤهلة للسكن البشري لعدم توفر شروط السلامة الصحية فيها.
2. إن غالبية المخيمات تكمن في مناطق جغرافية نائية كانت سابقة أراضي متروكة أو بأطراف المدن قريبة الجبال مما تنتشر فيها الأفاعي والعقارب والحشرات الأخرى.
3. إن نسبة كبيرة من الأسرة التي نزحت سكنت بيوتا ومباني غير قابلة للسكن البشري.

10. الإجراءات المتخذة من قبل الأسرة عندما ساءت حالة الطفل الصحية

جدول رقم (10) يبين نوع الإجراءات المتخذة

الإجراءات المتخذة	العدد	%
نقل مباشرة إلى المستشفى	38	**31،1**
نقل بعد فترة إلى المستشفى	22	**18**
عولج منزليا	54	**44،3**
تم أخذه إلى السيد لغرض الرقية	8	**6،6**
المجموع	**122**	**100**

يتضح من الجدول أعلاه أن أعلى النسب وهي (44،3%) من الأطفال عولجوا منزليا أي قام احد الوالدين بعلاجه بعيدا عن أي تشخيص طبي وان نسبة (6،6%) وهي الأقل تم أخذهم إلى المرقي (السيد) وهذا بدوره يبين سوء الوضع ألمعاشي للأسرة من جهة وجهلها الصحي والثقافي لا سيما الأم والذي سيؤثر سلبا في حياة طفلها في المستقبل ، فضلا عن أن نسبة (42،6%) من اسر العينة هي اسر ريفية كما وضحنا ذلك في الجدول (5) أي أن اغلبها يؤمن بالتطبيب الشعبي والرقية ، كما أن مناطق سكناهم يفتقد معظمها إلى للمراكز الصحية ، وان وجدت فهي متواضعة في تجهيزاتها وكوادرها .

11. هل راجعت المستشفى أو المركز الصحي قبل الوفاة

جدول رقم (11) يبين هل إن الأسرة راجعت المستشفى قبل وفاة الطفل

الإجابات	العدد	%
نعم	33	27
لا	89	73
المجموع	122	100

يبين الجدول رقم (11) إن غالبية اسر العينة لم تراجع المستشفى قبل وفاة طفلها وبلغ عددها (89) أسرة، وبنسبة (73%)، هذا مؤشر خطير جدا يوعز لنا أمور عديدة أهمها:

1. إهمال الأسرة للوضع الصحي للطفل وعدم متابعته.
2. إن غالبية الأسر تعاني من تدهور المستوى الثقافي والصحي وخاصة الزوجين.
3. إن الهجرة أثرت على الأوضاع الحياتية للأسرة ومنها الأوضاع المعيشية والثقافية والنفسية ... وغيرها.

بينما يشير الجدول إن (33) أسرة وبنسبة (27%) فقط راجعت المستشفى المراكز الصحية قبل وفاة طفلها.

12. لماذا لم تراجع المستشفى

جدول رقم (12) يبين أسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى

الإجابات	العدد	التسلسل المرتبي
عدم وجود مستشفى في المخيم أو منطقة السكن	40	1
ليس لدي وساطة نقل للذهاب إلى المستشفى البعيدة	31	2
ليس لدي علم بخطورة حالة الطفل	22	3
لم أكن في البيت	13	4

يبين الجدول رقم (12) إن هناك تباينا في إجابات العينة حول أسباب عدم مراجعتهم للمستشفى قبل وفاة طفلهم، وكانت حسب ما يأتي:

أ. جاء السبب (عدم وجود مستشفى في المخيم أو منطقة السكن) في المرتبة الأولى من التسلسل المرتبي لأسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى قبل وفاة طفلها، وبلغت عدد الإجابات (40) إجابة.

ب. جاء السبب (ليس لدي وساطة نقل للذهاب إلى المستشفى البعيدة) في المرتبة الثانية من التسلسل المرتبي لأسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى قبل وفاة طفلها، وبلغت عدد الإجابات (31) إجابة.

ت. جاء السبب (ليس لدي علم بخطورة حالة الطفل) في المرتبة الثالثة من التسلسل المرتبي لأسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى قبل وفاة طفلها، وبلغت عدد الإجابات (22) إجابة.

ث. جاء السبب (لم أكن في البيت) في المرتبة الرابعة والأخيرة من التسلسل المرتبي لأسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى قبل وفاة طفلها، وبلغت عدد الإجابات (12) إجابة.

نرى مما سبق إن الأسباب اختلفت وتنوعت فضلا عما تقدم هناك أسباب أخرى نراها واضحة عند مقابلتنا للاسر تتعلق بالأمور الاقتصادية فغالبية الأسر ذات وضع اقتصادي متدني وحالتها فقيرة جدا، فضلا عن مكان السكن غير المؤهل صحيا وغيرها.

13. أسباب خروج الطفل من المستشفى

الجدول رقم (13) يبين أسباب خروج الطفل المريض من المستشفى.

أسباب الخروج	العدد	%
شفائه التام	4	**12،1**
ارتفاع نفقه العلاج داخل المستشفى	11	**33،3**
نقص الأدوية	12	**36،4**
الوفاة	6	**18،2**
المجموع	**33**	**100**

يتضح من الجدول رقم (13) أن (33) طفلا من عينة الدراسة من الذين نقلوا إلى المستشفى توفوا رغم دخولهم لتلقي العلاج، وهذا مؤشر على قصور الخدمات الصحية ونقص الأدوية والكوادر وارتفاع نفقات العلاج في المستشفى وهو أحد أسباب الوفاة المتكررة في تلك الحقبة. وتجدر الإشارة إلى أن الصحة العامة في العراق واجهت تحديا خطيرا تمثل بزيادة المخاطر البيئية والافتقار إلى الرعاية الصحية الطبية والخدمية اللازمة، إلى جانب نقص الغذاء والدواء مما انعكس سلبا على سكان العراق ولاسيما فئة الطفولة التي طاردها شبح الموت بإلحاح (البياتي، 2013، ص120). وخلال العقد المنصرم وما قاسته الأسرة العراقية من ظروف صعبه جعلها تعيش أجواء غير مريحة لافتقارها للموارد المالية التي تمكنها من الحصول على الخدمات الضرورية ومنها (الصحية) والخوف والمرض والإصابة به وما يتطلب من نفقات تنو عن حملها العائلة العراقية الكادحة ، كل ذلك جعلها غير قادرة على تلبية وإشباع حاجاتها من المتطلبات الأساسية كـ (الطعام ، واللباس ، والخدمات الصحية) مما جعلها تعيش شظف

العيش وعرضه الإصابة بأنواع الأوبئة والإمراض فارتفعت معدلات الوفيات بين أفراد هذه الأسر ولاسيما الأطفال .ويوضح الجدول إن أسباب خروج الطفل من المستشفى كانت متباينة وعلى النحو الاتي:

أ. بلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب الشفاء التام (4) أطفال وبنسبة (12،1%) وهي نسبة قليلة جدا.

ب. بلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب ارتفاع نفقة العلاج داخل المستشفى (11) أطفال وبنسبة (33،3%).

ت. بلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب نقص الأدوية (12) أطفال وبنسبة (36،4%) وهي الأعلى.

ث. بلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب الوفاة (6) أطفال وبنسبة (18،2%) هذا مؤشر على إن دخول الطفل للمستشفى لم يساعد في تحسن حالته الصحية.

14. هل راجعت طبيبا مختصا

جدول رقم (14) يبين هل إن الأسرة راجعت طبيبا مختصا

الإجابات	العدد	%
نعم	20	16،4
لا	102	83،6
المجموع	122	100

يبين الجدول رقم (14) إن غالبية الأسر المبحوث لم تراجع طبيبا مختصا عند مرض طفلها وقبل وفاته، إذ بلغ نسبتهم (83،6%) من المبحوثين وعند سؤالهم عن سبب عدم اللجوء إلى طبيب مختص عن إصابة الطفل كانت الأسباب كما في الجدول الاتي:

1. غلاء أجور الأطباء فسعر الكشفية تتراوح بين (25_50) ألف دينار عراقي وهذا المبلغ ليس بقليل مما يلقي على كاهل رب الأسرة صعوبات مالية.

2. ارتفاع أسعار الفحص والتحليلات التي لا تتوفر في المستشفيات الحكومية وهذا يعد سببا أخر في عدم مراجعة الأطباء.

3. ارتفاع أسعار الأدوية والعلاج فمن خلال مقابلتنا لأحدى الأسر أكدت إن كلفت علاج طفلها بلغ أكثر من (300) ألف دينار عراقي في احدى المرات وهذا مبلغ كبير جدا.

مما سبق تشير الدراسة الميدانية إن الهجرة الأسرة أو نزوحها من مناطق سكنها الأصلي إلى مدن أخرى أثرت سلبا في أسلوب حياة أفرادها بل انها كانت سببا في تدهور صحتهم ووفيات الكثير منهم ومن هنا نستطيع القول بتحقيق الفرضية الرئيسة للدراسة والموسومة (إن هجرة الأسرة وتغير مكان إقامتها كانت سببا في وفيات الأطفال).

- **أهم النتائج والاستنتاجات**

توصل البحث إلى مجموعة من النتائج والاستنتاجات أهمها: –

أولا: نتائج البيانات الأولية

1. أن اغلب اسر عينة البحث هي متوسطة الحجم عدد أفرادها (5_7) أفراد وبلغ عددها (60) وبنسبة (%49،2) من عينة الدراسة، وإن هناك تباين في الدخل بين اسر عينة الدراسة، وان اغلب اسر العينة وبلغ عددها (60) أسرة يتراوح دخلها الشهري (200–499) ألف دينار عراقي، وشكلت نسبة (%49،2)، وهذا يعني أن وضعها المعيشي متدهور ومنخفض جدا قياسا لمتطلبات الحياة، وعدد أفرادها. وأن اغلب الأسر التي حدثت فيها حالات وفيات الأطفال من عينة الدراسة، كان الآباء لا يزاولون أي عمل، بلغت نسبة (%86،1) وهذا يعني أن الأب يقضي معظم أوقاته داخل البيت بسبب البطالة

2. إن أعلى نسبة وهي (%54،1) من عينة البحث اتخذت من المخيمات سكنا لها، وهي النسبة الأكبر. وان اغلب اسر عينة البحث هم من خلفيات حضرية وبنسبة (%57،4) وان نسبة (%42،6) منها خلفياتها ريفية. وأن معظم الوالدين في اسر العينة كانوا (أميين) إذ بلغت نسبه الآباء (44،3 %) وهي الأعلى وان نسبه (%13،9) فقط حصلوا على التعليم الجامعي في حين بلغت نسبة الأمهات الأميات (50،8 %) مقابل أدنى النسب وهي (%10،7) ممن كان تعليمهن جامعي فأكثر.

ثانيا: البيانات الاجتماعية عن الطفل المتوفي

1- إن وفيات الأطفال دون سن (السنة) سجلت ما نسبته (%41،8)، وهي الأعلى من بين وفيات الفئات العمرية الأخرى، وهذا طبيعي إذ أن الأطفال دون السنة (الرضع) يتميزون بضعف مقاومتهم للأمراض وضعف بنيتهم وسرعة تأثرهم بتقلبات البيئة الفيزيولوجية. وإن نسب وفيات الإناث هي الأعلى في العينة بلغت (%64،6) وهي من النسب العالية قياسا بوفيات الذكور البالغة (%35،4) وهذا يدل على وجود فرق دال معنويا بين نسب وفيات الأطفال بحسب الجنس.

2- إن أعلى نسب وفيات الأطفال قد حدثت في المخيم الذي يسكنه غالبية المهجرين ذوي الدخول المنخفضة الذين ليس بإمكانهم دفع الإيجار وبنسبه (%45،9) ويعود ذلك إلى عدم نقل الطفل في حالة مرضه إلى المستشفى ، وان اكثر من نصف وفيات الأطفال في عينة الدراسة كانت بأسباب مرضية أي إن الطفل أصيب بإحدى الأمراض ولم ينجو منها ، وبلغت نسبة (%65،6) من العينة، ويمكن إن نعزو ذلك إلى الأسباب التي سبق وان اشرنا اليها في الأسطر والصفحات السابقة التي تتمثل في (عدم الإمكانية الاقتصادية للأسرة في علاج أطفالها، عدم توفر الرعاية الصحية في مناطق سكناها انتشار الأوبئة والأمراض في المخيمات السكنية، قلة الوعي الصحي والثقافي للأسرة ....ودواليك) .

3- إن أعلى النسب وهي (%44،3) من الأطفال عولجوا منزليا أي قام أحد الوالدين بعلاجه بعيدا عن أي تشخيص طبي وان نسبة (%6،6) وهي الأقل تم أخذهم إلى المرقي (السيد) وهذا بدوره يبين سوء الوضع

المعاشي للأسرة من جهة وجهلها الصحي والثقافي لا سيما الأم والذي سيؤثر سلبا في حياة طفلها في المستقبل. وان غالبية اسر العينة لم تراجع المستشفى قبل وفاة طفلها وبلغ عددها (89) أسرة، وبنسبة (73%) لأسباب مختلفة، وان (33) أسرة وبنسبة (27%) فقط راجعت المستشفى المراكز الصحية قبل وفاة طفلها إن هناك تباينا في إجابات العينة حول أسباب عدم مراجعتهم للمستشفى قبل وفاة طفلهم، وجاء السبب (عدم وجود مستشفى في المخيم أو منطقة السكن) في المرتبة الأولى من التسلسل المرتبي لأسباب عدم مراجعة الأسرة للمستشفى قبل وفاة طفلها، وبلغت عدد الإجابات (40) إجابة.

4- أن (33) طفلا من عينة الدراسة من الذين نقلوا إلى المستشفى توفوا رغم دخولهم لتلقي العلاج ، وهذا مؤشر على قصور الخدمات الصحية ونقص الأدوية والكوادر وارتفاع نفقات العلاج في المستشفى وهو احد أسباب الوفاة المتكررة في تك الحقبة .وعن أسباب خروج الطفل من المستشفى كانت متباينة وبلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب الشفاء التام (4) أطفال وبنسبة (12،1%) وهي نسبة قليلة جدا وبلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب ارتفاع نفقة العلاج داخل المستشفى (11) أطفال وبنسبة (33،3%)، وبلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب نقص الأدوية (12) أطفال وبنسبة (36،4%) وهي الأعلى .وبلغ عدد الأطفال الذين غادروا المستشفى بسبب الوفاة (6) أطفال وبنسبة (18،2%) هذا مؤشر على إن دخول الطفل للمستشفى لم يساعد في تحسن حالته الصحية

5- إن غالبية الأسر المبحوثة لم تراجع طبيبا مختصا عند مرض طفلها وقبل وفاته، إذ بلغ نسبتهم (83،6%) من المبحوثين وعند سؤالهم عن سبب عدم اللجوء إلى طبيب مختص عن إصابة الطفل كانت الأسباب هي: غلاء أجور الأطباء فسعر الكشفية تتراوح بين (25_50) ألف دينار عراقي وهذا المبلغ ليس بقليل مما يلقي على كاهل رب الأسرة صعوبات مالية وارتفاع أسعار الفحص والتحليلات التي لا تتوفر في المستشفيات الحكومية وهذا يعد سببا أخر في عدم مراجعة الأطباء. وارتفاع أسعار الأدوية والعلاج فمن خلال مقابلتنا لأحدى الأسر أكدت إن كلفت علاج طفلها بلغ أكثر من (300) ألف دينار عراقي في احدى المرات وهذا مبلغ كبير جدا.

- **التوصيات: يوصي الباحث بما يأتي**

1. الاهتمام بالأسرة المهجرة في إقليم كوردستان العراق من قبل الجهات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني.
2. توفير كافة مستلزمات الحياة الأساسية والتي تمكن الأسر النازحة من العيش بعيدا عن المخاطر والأمراض من خلال توفير المتطلبات الصحية والغذائية لها.
3. الاهتمام بالأطفال وخاصة من الناحية الصحية والتغذية من خلال توزيع وجبات غذائية للاسر التي لديها أطفال.
4. تشكيل فرق متابعة لقاحات الأطفال وعمل زيارات مستمرة لفحص أطفال الأسر النازحة في المخيمات أو في المناطق الأخرى.

5. تأهيل والاهتمام الأكثر بواقع المخيمات التي تسكنها غالبية الأسر التي نزحت من المدن العراقية إلى إقليم كوردستان.

6. مخاطبة منظمات الأمم المتحدة للطفولة والمنظمات العربية المهتمة بالطفولة من اجل مساعدة أطفال العراق بشكل وأطفال الأسر العراقية المهجرة على نحو خاص.

❖ **المراجع:**

1. الحسن، إحسان محمد ، (1990) ، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، بيروت.

2. الحسن، إحسان محمد ، وعبد المنعم الحسني، (1982)، طرق البحث الاجتماعي، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل.

3. بدوي، احمد زكي، (1978)، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت.

4. محمود، إسماعيل حسين، (1974)، مبادئ علم الإحصاء الجزء الأول، مطبعة الجامعة، بغداد.

5. غدنز،أنتوني،(2012)،علم الاجتماع مع مدخلات عربية، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت.

6. تانيجا، بريتي،(2009)، صهر ونزوح واستئصال جماعات الأقليات، ترجمة: عبد الله النعيم، ط1، سلسلة دراسات عراقية، بغداد.

7. ليونا، تايلر،(1983)، الاختبارات والمقاييس ،ترجمة: محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، بيروت، لبنان .

8. ابراش، إبراهيم، (2009)، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.

9. خواجة، محمد ياسر(2001)، البحث الاجتماعي، دار المصطفى للطباعة والنشر، طنطا،2001، ص 245.

10. دولة الإمارات العربية المتحدة ، الطفولة في مجتمع متغير ، ط1، مطبعة جامعة الإمارات العربية ، 1988.

11. الحديثي، طه حمادي،(2000)، جغرافية السكان ، ط2 ، دار الكتب للطباعة والنشر، العراق .

12. ياسين، عدنان ، (2011)،المجتمع العراقي وديناميات التغيير. بيت الحكمة، بغداد.

13. البياتي، فراس عباس فاضل،(2013)، أطفال العراق وعقود الموت الثلاث ، مجلة الطفولة والتنمية، العدد20، المجلس العربي للطفولة والتنمية ، مصر.

14. البياتي، فراس عباس فاضل،(2009)، مورفولوجيا السكان_ موضوعات في علم اجتماع السكان، مؤسسة الانتشار العربي ، بيروت .

15. سميث، لين،(1977)، أساسيات في علم السكان، المكتب المصري للعلوم الاجتماعية، القاهرة.

16. عبد الكريم،محمد الغريب(1982)، سيسيولوجيا السكان، المكتبة الجامعية الحديثة، الإسكندرية، مصر.

17. محمد، علي محمد،(1983)، طرق البحث الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

18. منظمة الأمم المتحدة للطفولة،(1990) ، أطفالنا أولا ، الإعلان العالمي لبقاء الطفل وإنمائه وخطة العمل وقائع القمة العالمية من اجل الطفل اتفاقية ، حقوق الطفل ، المؤسسة الأردنية (الرأي) للطباعة ، الأردن.

19. منظمة الصحة العالمية، (1998) ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، القاهرة .

20. البواري، منير احمد، (2012)، الهجرة وآثارها في الأسرة، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد 21، السنة 11، جامعة البحرين ، المنامة .

21. وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، (2005)، مسح الأحوال المعيشية في العراق 2004، الجزء الثاني، بغداد.

22. Emile. Durkhiem: (1921)Lafamille conjugale, revuc philosophique janvier-Ferrier. Paris.

23. Ogburn, W. and M. Nimkoff,(1967) “A handbook of society” , fifth edition, rout ledge and kegan Ltd., London.

24. U. N.,(1998) World Population Monitoring 1997, New York,.

25. W.H.O.(1950),Official Recalled of world health Organization .N28.Third world health Assembly Geneva 8to 27 may.